

**Antrag auf Versicherten Auskunft nach
§ 83 SGB X bzw. Artikel 15 DSGVO**

An
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Ich beantrage eine Auskunft über die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gespeicherten Daten zu meiner Person für die letzten 5 Jahre.

Meine Daten

Vor- und Nachname:

Geburtsname:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse:

Meine Krankenkasse

Versichertennummer / eGK-Nummer:

Name der Krankenkasse:

Legitimationsnachweis

Eine Kopie meines **gültigen Personalausweises liegt bei.**

Ich fordere **Daten für eine andere Person an. Eine Vollmacht** für diese Person oder die gerichtliche Betreuerbestellung liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in